

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

404982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 10:12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995891	7-Data Validade da Sineta 12/04/10 11:12:11
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020253056200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDENEY DA SILVA SERRAO	14-Idade 02/05/1976	15-Nome do titular do plano ISTEFANE DELGADO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000118121251	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	05/11/11	300	Clayton
2-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	05/11/11	300	Clayton
3-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	05/11/11	300	Clayton
4-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	05/11/11	300	Clayton
5-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	05/11/11	300	Clayton
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/05/11 11:11:30	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117,80	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 11:11:30 Dr. Kaio Azevedo Leite CRO-AM 4602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 11:11:30 Dr. Kaio Azevedo Leite CRO-AM 4602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11 11:11:30 ISTEFANE DELGADO DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------